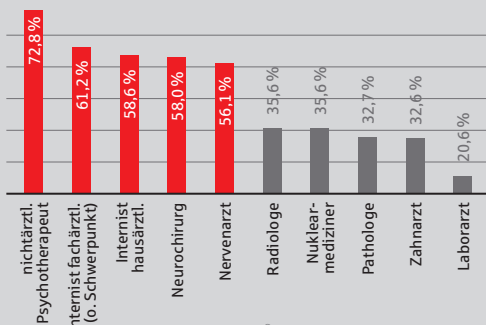




### Halbierung der Zulassung führt nicht automatisch zur RLV-Halbierung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dürfen bei Rückgabe eines halben Versorgungsauftrages durch einen Arzt nicht zwangsläufig auch dessen Fallzahlen halbieren. Dies geht aus einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 24.10.2018 hervor (Az.: B 6 KA 28/17 R). Im vorliegenden Fall hatte ein Chirurg, dessen Fallzahlen bei nur rund 1/3 des Fachgruppendurchschnitts lagen, seinen Versorgungsauftrag um 50% reduziert. Ziel des Arztes war die Anpassung seiner rechtlichen Versorgungsverpflichtung an die tatsächlichen Gegebenheiten. Nachdem die KV daraufhin auch die für die Bemessung des Regelleistungsvolumens (RLV) relevanten Fallzahlen um die Hälfte (auf 1/6 des Fachgruppendurchschnitts) absenkte, klagte der Niedergelassene. Das BSG gab dem Arzt recht und verlangte von der KV, bei der Bemessung des RLV – wie üblich – die volle Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals zugrunde zu legen.

### Umsatzrentabilität nach Fachgruppen – Top Five & Bottom Five 2017



### Umsatzrentabilität: Geräteintensive Fachgruppen haben das Nachsehen

Fachgruppen mit geringem medizinisch-technischen Ausstattungsbedarf liegen beim Vergleich der Umsatzrentabilität vorn. Dies geht aus einer Kennzahlenauswertung der Heilberufedatenbank ATLAS MEDICUS® für das Jahr 2017 hervor. Den besten Wert konnten die nichtärztlichen Psychotherapeuten mit fast 73% für sich verbuchen, gefolgt von den Internisten und Neurochirurgen. Laborärzte, Zahnärzte und Pathologen wiesen die schlechtesten Ergebnisse im Fachgruppenvergleich auf (vgl. Abb.).

Die Umsatzrentabilität ist eine der wichtigsten betriebswirtschaftlichen Kennziffern. Sie gibt Auskunft darüber, welcher prozentuale Anteil vom Umsatz dem Praxisinhaber als Gewinn verbleibt. Rechnerisch ergibt sich die Umsatzrentabilität durch die Division des Praxisgewinns durch den Gesamtumsatz (einschließlich der privatärztlichen und sonstigen Umsätze). Die entsprechenden Werte lassen sich der Betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) entnehmen.

Die teilweise erheblichen Unterschiede zwischen den Fachgruppen resultieren u. a. aus der je nach Fachgruppe erforderlichen technischen Ausstattung der Praxen. Generell gilt, dass geräteintensive Fachgruppen/Praxen höhere Honorareinkünfte erwirtschaften, allerdings auch höhere Kosten haben, was wiederum die Umsatzrendite negativ beeinflusst. Auch bei ambulant operativ tätigen Fachgruppen fallen häufig vergleichsweise hohe Sach- und Personalkosten an, welche die Umsatzrentabilität entsprechend schmälern. Ferner zeigt sich, dass höhere Umsätze nicht zwangsläufig mit einer

besseren Umsatzrentabilität einhergehen: Laut ATLAS MEDICUS® lagen im Jahr 2017 z. B. die Laborärzte als besonders geräteintensive Fachgruppe mit einem Umsatz von durchschnittlich fast 2,4 Mio. € mit Abstand auf Platz eins unter den Fachgruppen, belegten jedoch bei der Umsatzrendite mit nur 20,6% den letzten Rang. Genau umgekehrt verhielt es sich bei der gesprächsintensiven Fachgruppe der nichtärztlichen Psychotherapeuten, die zwar die beste Umsatzrendite aufwies, gleichzeitig aber auf den mit Abstand geringsten durchschnittlichen Umsatz kam (knapp 111.000 €). Auch bezüglich des durchschnittlichen Gewinns je Praxis lassen sich anhand der Umsatzrentabilität keine direkten Schlüsse ziehen. Hier lagen die Labormediziner im Jahr 2017 um fast das Sechsfache über dem Wert der nichtärztlichen Psychotherapeuten.

*Der Vergleich der Umsatzrentabilität der eigenen Praxis mit dem entsprechenden Durchschnittswert der Fachgruppe kann einen ersten Hinweis darüber geben, ob ein Praxisbetrieb rentabel ist oder nicht. Liegt der Wert im Durchschnitt oder darüber, ist die Praxis rentabel. In diesem Fall könnte die Information interessant sein, was „die Besten“ der Fachgruppe (sog. Benchmark) erzielen. Liegt die Rentabilität der Praxis deutlich unterhalb des Fachgruppendurchschnitts, kann dies auf ein grundlegendes Effizienzproblem hindeuten. Selbstverständlich sind zur genauen Beurteilung der Ertragskraft einer Praxis weitere Informationen notwendig. Hinzu kommt, dass es sich bei den obigen Werten um eine reine Durchschnittsbetrachtung handelt, weshalb die Ausprägungen innerhalb der Fachgruppen und/oder nach Regionen deutlich abweichen können.*

### Telematik-Infrastruktur: Letzte Chance „für Installationsnachzügler“!

Die Frist für die Bestellung der Telematik-Infrastruktur (TI) läuft in wenigen Tagen ab. Nach wiederholten Verlängerungen macht nun der Gesetzgeber offenbar Ernst. Dies könnte für TI-Nachzügler mit wirtschaftlichen Nachteilen einhergehen. Praxen, die bis zum 31. März 2019 noch keine Bestellung der erforderlichen TI-Komponenten getätigt haben, drohen Sanktionen. Laut Gesetz müssen sie mit einer pauschalen Kürzung ihres Honorars um ein Prozent rechnen. Ab wann genau die Kürzung greift, ist

rechtlich noch nicht geklärt. Einige KVen haben eine rückwirkende Kürzung zum 1. Januar 2019 angekündigt.

*Um Honorareinbußen zu vermeiden, sollten Praxen die Komponenten für die TI umgehend rechtsverbindlich bestellen. Für den vorgeschriebenen Nachweis der Bestellung sind bei den KVen spezielle Formulare erhältlich. Da gegenwärtig nach Einschätzung der gematik erst rund 50.000 Praxen an das TI-Netz angebunden sind, ist bis zum Start des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) zum 1. Juli 2019 mit einer Überlastung der TI-Anbieter zu rechnen. Deshalb ist fraglich, ob die Frist zur verbindlichen TI-Anbindung und zum Start des VSDM von allen Praxen eingehalten werden kann. Letzter Anschlussstag für die TI ist der 30. Juni 2019. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sollen den betroffenen Praxen – sofern sie die TI-Komponenten bis zum 31. März rechtsverbindlich bestellt haben – jedoch keine Sanktionen drohen. Praxen, die noch TI-Komponenten benötigen, finden unter [www.atlas-medicus.de/ti](http://www.atlas-medicus.de/ti) eine aktuelle Übersicht über die Anbieter und Preise, Liefer- bzw. Termingarantien für die Installation sowie weitere hilfreiche Informationen.*

*Die verpflichtende Installation der TI stößt bei einem Teil der Ärzteschaft u. a. aufgrund ungeklärter Sicherheits- und Haftungsfragen nach wie vor auf Widerstand. So hat z. B. Medi-Chef Dr. Werner Baumgärtner angekündigt, den Honorarabzug in Kauf zu nehmen und anschließend ein Musterverfahren anzustrengen.*

### Hausärzte: Hautkrebs-Screening mit Check-up 35 kombinieren

Gesetzlich Krankenversicherte haben ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening\*. Neben Hautärzten sind auch Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Innere und Allgemeinmedizin, für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und Praktische Ärzte zur Durchführung berechtigt. Voraussetzungen sind eine Genehmigung der KV und die erfolgreiche Teilnahme an einem KV-zertifizierten Fortbildungsprogramm. Hausärzte haben die Möglichkeit, ihren Patienten neben dem Hautkrebs-Screening gleichzeitig die Gesundheitsuntersuchung Check-up 35

anzubieten. In diesem Fall kommt anstelle der GOP 01745 die etwas niedrigere GOP 01746 zum Ansatz (vgl. Tab.).

Abrechnung mit oder ohne Leistungskombination			
Durchführung des Check-up 35 und des Hautkrebs-Screenings an zwei getrennten Terminen	Durchführung des Check-up 35 und des Hautkrebs-Screenings an einem Termin		
GOP 01732:	32,79 €	GOP 01732:	32,79 €
GOP 01745:	23,16 €	GOP 01746:	18,40 €
Summe:	55,95 €	Summe:	51,19 €

Allein die Zeitersparnis von Arzt und Praxispersonal bei der Zusammenlegung der Untersuchungen dürfte den Honorarunterschied bei einer separaten Durchführung mehr als ausgleichen. Beide Untersuchungen werden extrabudgetär und ohne Mengenbeschränkung vergütet.

Das obige Beispiel steht stellvertretend dafür, dass ein kombiniertes Angebot kompatibler Leistungen nicht nur der Praxis entsprechende organisatorische Vorteile bringen kann, sondern auch den Patienten. Für sie reduzieren sich Wegezeiten sowie Wartezeiten auf den Termin und in der Praxis. Gleichzeitig wird auf diese Weise sichergestellt, dass die Patienten keine der Vorsorgemaßnahmen versäumen.

\* Für den Check-up 35 steht in Kürze die Neubewertung der Vergütung durch den Bewertungsausschuss an. Dann gelten auch die Mitte 2018 vom G-BA beschlossenen Änderungen (u.a. Verlängerung des Untersuchungsabstands auf 3 Jahre). Weitere Details als PDF: [www.bit.ly/2Cm4UBw](http://www.bit.ly/2Cm4UBw)

## Facharztpraxen künftig im Visier von Private-Equity-Gesellschaften?

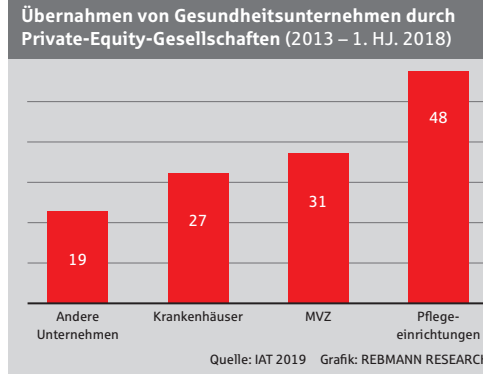
Deutsche Gesundheitseinrichtungen stehen zunehmend im Fokus kapitalstarker privater Finanzinvestoren. Dies geht aus einer aktuellen Untersuchung des Instituts Arbeit und Technik (IAT/ Westfälische Hochschule) hervor. Die Studie, die die Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor von 2013 bis zum Ende des ersten Halbjahrs 2018 untersuchte, belegt, dass die Aktivitäten insbesondere in der ersten Jahreshälfte 2018 erheblich an Dynamik gewonnen haben. Bevorzugtes

Geschäftsmodell der meist fondsbasierten Gesellschaften ist der Kauf von Pflegeheimen, Kliniken und Praxen, deren Restrukturierung und der anschließende Verkauf.

Gemessen an der Zahl der Übernahmen sowie der Zahl der betroffenen Beschäftigten gilt das Gesundheitswesen bereits seit 2017 als wichtigster Zielsektor für Private-Equity-Gesellschaften. Im Betrachtungszeitraum kam es innerhalb der Branche zu insgesamt 125 Übernahmen, wovon 65.809 Beschäftigte betroffen waren. Bevorzugte Objekte der Investoren waren hierbei Pflegeheime und -dienste, gefolgt von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Kliniken (vgl. Abb.). Allein 60% der Übernahmeaktivitäten konzentrierten sich auf die vergangenen zwei Jahre. Neben der Fokussierung auf den Pflegebereich (wo die Private-Equity-Unternehmen bereits relevante Marktanteile erreicht haben) zeichnet sich den Autoren zufolge auch ein Trend zur Übernahme bestimmter Facharztsparten ab – vor allem in der Zahnmedizin (18 Übernahmen), Radiologie (9) und Augenheilkunde (7).

Die zunehmende Bedeutung von Private Equity im Gesundheitswesen ist aus verschiedenen Gründen kritisch zu betrachten. Wie Negativbeispiele aus dem Ausland zeigen, droht bei zu großer Marktmacht der Private-Equity-Unternehmen die Gefahr einer Abhängigkeit der Patienten bzw. der Behinderung der freien Arztwahl sowie unter Umständen auch eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit.

Für die betroffenen Beschäftigten birgt die Entwicklung ebenfalls Gefahren. Unter Renditegesichtspunkten bietet sich insbesondere das Personal im Bereich der Pflege als Ansatzpunkt für eine wirtschaftliche Optimierung an. Geringe Gehälter und knappe Personaldeckungen sind jedoch nicht nur aus Sicht der Arbeitnehmer negativ zu werten, sondern haben auch entsprechende Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und Zufriedenheit von Patienten und Pflegebedürftigen. Da die Investoren zudem meist nicht aus Deutschland stammen, fließt der überwiegende Teil der Renditen in das Ausland ab – zwei Drittel der an den Übernahmen beteiligten Fonds hatten ihren rechtlichen Sitz



in einem Offshore-Finanzzentrum, bevorzugt auf den Cayman Islands oder Guernsey. Und nicht zuletzt könnten auch der Staat und somit die Steuerzahler gefragt sein, sollte es um die finanzielle Stützung einer aufgrund ihrer Größe unverzichtbaren Versorgungskette gehen.

## Zahnarztpraxen: Erweiterte Anstellungsmöglichkeiten!

Niedergelassene Vertragszahnärzte in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) dürfen seit Kurzem mehr angestellte Zahnärzte beschäftigen. Während bislang die Zahl der entsprechenden Anstellungen auf einen Gesamtumfang von maximal zwei Vollzeitstellen beschränkt war, einigten sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) auf eine Anhebung dieser Grenze. Ab sofort darf ein Zahnarzt an seinem Vertragszahnarztstz bis zu drei (bei Begründung auch bis zu vier) vollzeitbeschäftigte Zahnärzte anstellen. Gestattet ist auch eine Teilzeitbeschäftigung von mehr als drei (vier) Zahnärzten, wobei die Summe ihrer Anstellungen den Gesamtumfang von maximal drei (vier) Vollzeitstellen nicht überschreiten darf.

Die bislang geltenden weiteren Regelungen in Zusammenhang mit der Anstellung bleiben unberührt. Aus der berufs- und zulassungsrechtlichen Pflicht zur persönlichen Praxisführung folgt, dass die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich durch den Vertragszahnarzt anzuleiten und zu über-

wachen sind. Die Leistungen der Angestellten sind gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) als eigene Leistungen des Vertragszahnarztes abzurechnen. Eine Anstellung setzt ferner eine Beantragung bei der zuständigen KZV und eine Bewilligung durch den Zulassungsausschuss voraus. Anzustellende Zahnärzte müssen darüber hinaus die Vorbereitungszeit absolviert haben und im Zahnarztregister der zuständigen KZV eingetragen sein. Einzelheiten sowie die besonderen Voraussetzungen für Zweigpraxen und üBAG sind bei der jeweiligen KZV im Vorfeld zu erfragen.

Die erweiterten Anstellungsmöglichkeiten kommen den Präferenzen der Nachwuchszahnärzte entgegen. Sie entscheiden sich immer häufiger für eine Anstellung und flexible Arbeitszeitmodelle. Gleichzeitig wird der unternehmerische Spielraum für die Zahnarztpraxen erweitert und damit die diesbezügliche Benachteiligung gegenüber den rein zahnärztlich tätigen Medizinischen Versorgungszentren (zMVZ) zumindest etwas nivelliert. Unter Expansionsgesichtspunkten sind die Bedingungen für die zMVZ jedoch nach wie vor deutlich besser. Für sie gilt hinsichtlich der Zahl der Angestellten keine Beschränkung. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass von der stark steigenden Zahl an großen zMVZ und MVZ-Ketten ein zunehmender Konkurrenzdruck ausgeht.

### Impressum

Herausgeber und Verlag: Deutscher Sparkassen Verlag GmbH, 70547 Stuttgart, Tel.: +49 711 782-0

Redaktion, Konzeption & Gestaltung: REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG, Mommsenstraße 36, 10629 Berlin | Grafiken: REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG | Objektleitung: Dr. oec. Bernd Rebmann

Diese Publikation beruht auf allgemein zugänglichen Quellen, die wir für zuverlässig halten. Eine Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird nicht übernommen. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle und unverbindliche Einschätzung der jeweiligen Verfasser zum Redaktionsschluss wieder und stellen nicht notwendigerweise die Meinung der Deutschen Sparkassen Verlag GmbH dar. Die Deutsche Sparkassen Verlag GmbH übernimmt keine Haftung für die Verwendung dieser Publikation oder deren Inhalte.

Diese Publikation enthält keine Finanzanalysen beziehungsweise Informationen mit Empfehlungen nach § 34b WpHG. Wertpapiere sind Risikoanlagen, die überdurchschnittliche Kapitalerträge abwerfen, aber auch erhebliche Verluste verursachen können. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass sämtliche Angaben keine Anlageempfehlungen darstellen.

Redaktionsschluss: 15. März 2019

© REBMAN RESEARCH GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um die Quellenangabe „Praxis-Dossier“ gebeten.